

障害者職場実習推進事業のご案内

愛媛労働局では、障害者の雇用促進のため、企業の皆様を対象に、障害者の職場実習受入のご協力についてご案内しております。

このような企業の皆様へ

- ・障害者雇用をしたいと考えているが雇用にはためらいがある。
- ・障害のある人にどんな仕事ができるかわからない。
- ・障害者雇用に関心がある。社会貢献したい。

実習に際しては就労支援機関等のスタッフがフォローいたします

実習の流れ

実習受入事業所として登録

労働局・ハローワークが
実習希望者を紹介

雇用を前提としない
職場実習を経験

事業の内容

実習対象者

職場実習を希望する障害者の方

実習日数

5日～10日間

実習時間

必要に応じて1日3時間から事業所の所定労働時間内

保険の加入

実習期間中の事故等に関する保険加入は、就労支援機関または愛媛労働局が行います。

賃金の支払い

実習期間中の賃金や交通費の支払いは必要ありません。

協力謝金

実習を行った事業所に対して、一定の要件により、1日一人当たり2,000円の協力謝金をお支払いいたします。
(一回の実習に対し、一人当たり上限20,000円)



お問合せ先

愛媛労働局 職業安定部 職業対策課

〒790-8538 松山市若草町4番地3 松山若草合同庁舎5階
電話 089-941-2940 FAX 089-941-5200

担当：地方障害者雇用担当官、就職支援コーディネーター



障害者に対する職場実習に係る注意事項

(職場実習受入事業所)

愛媛労働局職業安定部職業対策課

愛媛労働局では、障害者雇用を一層促進するため、障害者が企業において職場実習を体験することを通じて、障害者、関係者と企業との相互理解を進めるための事業を実施しております。

職場実習の実施に当たり、以下の注意事項をご理解の上、ご協力いただきますようお願いいたします。

1 職場実習受入候補事業所情報の提供について

職場実習受入意向のある事業所の情報（事業所名称、所在地、事業の種類、従業員数、実習対象者に従事させる業務、特記事項、実習担当者の情報）については、職場実習の実施を希望する地域の障害者就業・生活支援センター、就労移行支援事業所、特別支援学校、精神科病院・診療所、保健所、精神保健福祉センター、発達障害者支援センター、愛媛県、市町村等にリスト化した上で提供させていただきます。

2 職場実習受入の依頼等について

職場実習受入の依頼は、原則として、愛媛労働局が行いますが、上記1のように関係機関に提供させていただくこととしており、関係機関から直接、依頼があることもありますので、あらかじめご了解ください。

なお、愛媛労働局から依頼させていただいた場合の職場実習については、下記3によることとなりますが、他の関係機関から直接、依頼があったときの職場実習の取扱いは当該関係機関と調整をお願いします。

3 職場実習について

(1) 実習対象者

実習対象者は、就職を希望しているものの、企業での就業経験が不足している、又は離職後相当の期間が経過していること等により直ちに雇用へ移行することが困難な障害者であって、福祉施設や、就労支援機関等において就労のための支援を受けている者又は特別支援学校に所属している生徒のうち、愛媛労働局が職場実習を実施することが適当と認めた者といたします。

(2) 実習担当者の選任

職場実習受入事業所は、実習対象者に対する実習の実施に当たって、従業員の中から、実習対象者の実習に係る指導・援助を行う者を実習担当者として選任していただきます。

(3) 職場実習の実施

1に定める実習対象者に対する職場実習を実施する際は、職場実習受入事業所は、実習対象者が利用する就労支援機関等と調整の上、実習対象者ごとに「職場実習実施計画書」を作成していただきます。

(4) 職場実習中の実習対象者の管理

職場実習期間中における実習対象者の管理監督は、原則として、実習対象者が利用する就労支援機関等が職場実習実施事業所の実習担当者と連携、協力して実施することといたします。

(5) 職場実習実施結果報告

職場実習受入事業所と実習対象者が利用する就労支援機関等は、原則として、実習終了後1か月以内に「職場実習実施結果報告書」を作成し、就労支援機関等から愛媛労働局へ提出していただきます。

(6) 守秘義務

職場実習受入事業所は、実習実施に当たり知り得た秘密を第三者に口外してはならないことといたします。

(7) 損害賠償等

実習対象者が職場実習受入事業所に損害を与えた場合、愛媛労働局の指導に重大な過失がない限り、愛媛労働局は一切の責任を負わないものといたします。ただし、就労支援機関等又は愛媛労働局により、実習期間中の本人の傷害及び第三者に身体障害や財物損害を発生させたことに伴う損害賠償責任を補償する保険に加入します。

(8) 変更及び解除

職場実習受入事業所は、愛媛労働局へ登録している職場実習に係る事項の変更、職場実習協力の辞退など、変更が生じた場合には、職場実習受入事業所より愛媛労働局へ申し出てください。

(9) 協議

職場実習の受入に関して、疑義が生じた場合には、その都度、愛媛労働局と職場実習受入事業所が協議の上定めるものといたします。

4 問い合わせ先

愛媛労働局職業安定部職業対策課

地方障害者雇用担当官、就職支援コーディネーター

住所：790-8538 松山市若草町4番地3 松山若草合同庁舎 5F

電話：089-941-2940

職場実習受入回答票

当事業所は、「障害者に対する職場実習に係る注意事項」を確認の上、職場実習受入に協力いたします。

なお、当事業所において職場実習の受入を予定している業務等は以下のとおりです。

①事業所名称 _____ (適用事業所番号: _____)

②所在地

郵便番号 _____

住 所 _____

③事業内容 _____

④従業員数 受入事業所 _____ 人 企業全体 _____ 人

⑤実習対象者に従事させる業務 _____

⑥特記事項 _____

⑦実習担当者 (又は連絡担当者)

氏 名 _____

所属部署 _____

連絡先電話番号 _____

平成 年 月 日

事業所名: _____

記入例

職場実習受入回答票

当事業所は、「障害者に対する職場実習に係る注意事項」を確認の上、職場実習受入に協力いたします。

なお、当事業所において職場実習の受入を予定している業務等は以下のとおりです。

①事業所名称 **ハローワーク食品（株）松山工場**

(雇用保険適用事業所番号： **380#-#####-#**)

②所在地 〒**790-8583 松山市若草町##-#**

③事業内容 **食品製造**

④従業員数 受入事業所 **55**人 企業全体 **100**人

⑤実習対象者に従事させる業務 **製品の袋詰め、作業場の清掃など**

⑥特記事項 **障害の程度により実習内容を決定します。**

⑦職場実習担当者（実習支援者ではなく連絡担当者）

氏 名 **愛媛 太郎**

所属部署 **総務課**

連絡先電話番号 **089-###-####**

平成##年##月##日

事業主	所在地	松山市六軒家町##-##
	名称	ハローワーク食品（株）
	代表者名	松山 太郎
	電話	089-###-####

提出先：愛媛労働局職業安定部職業対策課

〒790-8538 松山市若草町4番地3 松山若草合同庁舎 5F

電話：089-941-2940 FAX：089-941-5200